

PERFIL ODONTOLÓGICO DOS PACIENTES PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS ATENDIDOS NO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO ESTADO DO CEARÁ

*Dental profile of the handicapped patients attended at the
Instituto de Previdência do Estado do Ceará*

Artigo original

RESUMO

Uma avaliação das condições de saúde bucal foi realizada nos pacientes que procuraram o consultório dentário da Divisão de Assistência ao Excepcional (DIAEX) do Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC), no período de janeiro de 1997 a maio de 1998 (1 ano e 5 meses). Foram detectados os problemas que interferiam no sucesso dos tratamentos odontológicos, tais como falta de conclusão dos mesmos, retorno ao controle preventivo, qualidade e responsabilidade da higienização bucal e situação bucal encontrada nestes pacientes. Compararam-se os achados com a conduta adotada pelos diversos autores consultados na literatura. Verificou-se uma forte correlação entre o paciente que concluiu o tratamento odontológico e o retorno ao controle preventivo. Não foi encontrada correlação entre a situação da higiene bucal e a pessoa que realizava a escovação (paciente e/ou responsável). A qualidade da higiene bucal estava relacionada ao quadro clínico do paciente (diagnóstico), pois indivíduos com problemas de motricidade e inteligência apresentaram as maiores freqüências de higiene bucal considerada “regular” ou “péssima” dentre todos os diagnósticos estudados. A situação bucal dos pacientes avaliados foi considerada aceitável, embora a higiene encontrada não estivesse no padrão ideal.

Descritores: Assistência odontológica, Odontologia em saúde pública,

ABSTRACT

An oral health's evaluation was accomplished in the patients attended at Handicap Division Assistance in Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC) from January, 1997 through May, 1998 (1,5 years), in order to define the problems that would interfere on the oral treatments's success, such as their lack of completion, the return to the preventive check up, the oral hygiene's quality and responsibility and the oral conditions found in these patients, compared to the findings of various authors from the literature. A strong correlation was determined between the patient that concluded his treatment and his return to the preventive check up. However, no correlation was found between the oral hygiene and the performer of this hygiene (patient and/or parent). The oral hygiene's quality was related to the clinical conditions (diagnosis), because the ones that lacked motricity skills or showed intelligence deficiency presented higher scores for “regular” to “poor” oral hygiene among all the ones studied. The oral situation of the evaluated patients was considered acceptable, although the oral hygiene was not so ideal.

Descriptors: Dental care, Public health dentistry.

INTRODUÇÃO

Paciente portador de necessidades especiais (PPNE) são denominados aqueles que sob os prismas antropológico, cultural e psicológico para sua identificação,

Eliane Ferreira Sampaio⁽¹⁾
Fátima Neves César⁽²⁾
Maria da Glória Almeida Martins⁽³⁾

1) Capacitadora em Pacientes Especiais pela UFMS, Especialista em Dentística pela UCCB. Dentista do Hospital de Messejana

2) Capacitadora em Pacientes Especiais pela UFMS. Dentista do Instituto de Previdência do Estado do Ceará

3) Mestre em Ortodontia pela UFRJ. Professora do Curso de Odontologia da UNIFOR

Professora do Curso de Especialização em Ortodontia do Centro de Educação Continuada (ACO). Professora orientadora

Recebido em: 09/12/2003

Revisado em: 07/05/2004

Aceito em: 09/06/2004

como aquele indivíduo que não se adapta física, intelectual ou emocionalmente aos parâmetros normais, considerando os padrões de crescimento, desenvolvimento mental e controle emocional, além dos relacionados à conservação da saúde. Com esta situação, ele passa a merecer “educação” e “instrução” especiais, estruturalmente diferentes das comuns, como também, lhe ser dado atendimento específico conforme o grau atingido na escala de classificação⁽¹⁾.

A situação dos PPNE no que se refere a sua saúde física e reabilitação se pode considerar como coberta por todos os serviços e programas desenvolvidos com este fim pela medicina, o mesmo não ocorre em relação à saúde e reabilitação bucal onde se exigem manobras, conceitos, equipamentos e pessoal auxiliar diferenciados, com capacidade de atender em consultório as suas necessidades e que escapam dos benefícios e padrões rotineiros oferecidos para a manutenção da saúde da população⁽²⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a prevalência das deficiências no mundo é de uma pessoa a cada dez e, afirma que desse total de deficientes, mais de 2/3 não recebem nenhum tipo de assistência buco-dental^(2,3).

Muitos pesquisadores buscaram uma definição que melhor explicasse o significado de PPNE. Dos diversos autores citados⁽¹⁻⁹⁾ a melhor definição parece ser o que define PPNE como “todo indivíduo que necessite de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de sua vida e, seu tratamento odontológico baseia-se em eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação, seja de ordem mental, física, sensorial, comportamental e de crescimento⁽⁵⁾”.

A classificação dos PPNE é organizada em grupos com dificuldades ou limitações semelhantes^(4,7,8,10,11,13,14) com a finalidade de orientar o raciocínio clínico e didático. De todas as classificações elaboradas, a organizada por Duailib & Duailib⁽⁶⁾ é a mais completa.

Consideram-se que para realizar o tratamento dentário dos pacientes especiais existem dificuldades específicas e inespecíficas ligadas às deficiências e aos próprios pacientes, que devem ser superadas⁽¹⁰⁾. Citam como dificuldades específicas: as dificuldades motoras; dificuldades devido à falta de comunicação; hiper ou hipomotricidade muscular; a sialorréia; macroglossia; microdontia; microtomia; o apinhamento dental; as necessidades odontológicas acumuladas; graus de limitação física; graus de riscos anestésicos e a idade da criança; e como dificuldades inespecíficas: a falta de profissionais habilitados; barreiras arquitetônicas; discriminação para com os pacientes especiais; rompimento da rotina de tratamento odontológico;

falta de compreensão da família dos pacientes em relação à importância do tratamento odontológico; situação sócio-econômica do paciente; superproteção da criança especial; rejeição da criança especial e falta de compreensão quanto à importância da remoção diária da placa dental⁽¹⁰⁾. Esses autores sugerem algumas medidas para contornar as dificuldades encontradas no atendimento odontológico desses pacientes:

- Paralíticos Cerebrais: uso rotineiros de abre-bocas e aspirador de saliva, posicionamento na cadeira, contenção e uma auxiliar bem treinada para mantê-lo na posição.
- Deficientes de Audio-comunicação: sempre explicar o que vai ser feito ao paciente; caso use aparelho amplificador de som, este deve ser diminuindo ou desligado no caso de ser usado o aparelho de alta rotação; elevar a voz quando falar com eles e exprimir expressões faciais; falar de frente e diretamente, observando sua expressão facial.
- Deficientes Visuais: fazer com que ele possa situar-se no consultório sentindo o ambiente; devemos deixá-lo tocar em todos os elementos do consultório, e sempre relatar os procedimentos que estão sendo realizados.
- Cardiopatas: pacientes portadores de cardiopatia congênita, problemas valvular, febre reumática, portadores de próteses cardíacas e pacientes submetidos a transplante cardíaco estão sujeitos à endocardite bacteriana, devendo receber cobertura antibiótica. O uso de adrenalina na composição anestésica seguirá a orientação médica trazida pelo paciente.
- Epilépticos: é imprescindível as medidas preventivas de higiene oral, devido à Fibromatose Gengival Dilatânica. Nos casos de crise convulsiva no consultório, esperar a crise passar. Colocar o paciente em decúbito lateral, em posição Trendelenburg e colocar abridor de boca.⁽⁷⁾

Este trabalho propôs-se a avaliar a situação bucal dos pacientes que procuraram o consultório dentário da Divisão de Assistência ao Excepcional (DIAEX) do Instituto de Previdência do Estado do Ceará (IPEC) no período de janeiro de 1997 a maio de 1998 (1 ano e 5 meses) e detectar problemas que têm interferido no sucesso dos tratamentos realizados, como a falta de conclusão do tratamento odontológico, retorno ao controle preventivo, qualidade e responsabilidade da higienização bucal e situação bucal encontrada nestes pacientes, comparando os achados à conduta adotada pelos diversos autores consultados na literatura.

MÉTODOS

Neste trabalho foi feito um estudo observacional transversal onde os dados foram obtidos de 166 prontuários de “pacientes portadores de necessidades especiais”

atendidos no Setor Odontológico da Divisão de Assistência ao Excepcional - (DIAEX) – do Instituto de Previdência do Estado do Ceará, no período de janeiro de 1997 a abril de 1998, sendo 110 do sexo masculino e 56 do sexo feminino.

No Programa de Atendimento puderam ser avaliados os seguintes dados:

- Situação sócio-econômica

A situação sócio-econômica foi avaliada utilizando as informações colhidas pelo Serviço Social do setor na época de admissão do paciente no Programa de Assistência ao Excepcional e incluídas no prontuário do paciente.

- História médico-familiar

Os dados foram retirados do prontuário do paciente nos espaços designados à avaliação médica pediátrica, clínica geral, neurologia, psiquiatria e serviço de enfermagem.

- História médica do paciente

O diagnóstico foi formulado a partir de uma triagem efetuada pelo Departamento de Serviço Social, constando de avaliação médica, psicológica, neurológica, psiquiátrica, fonoaudiológica, fisiológica e terapêutica ocupacional. Os resultados obtidos foram discutidos em reuniões de “Estudo de Caso” onde todos os profissionais do DIAEX se reuniam para avaliar, elaborar diagnóstico, plano de tratamento e encaminhar o paciente à Clínica Helena Antipoff e escolas conveniadas.

- Prontuário odontológico

Alguns dados foram retirados das anotações feitas pelos dentistas durante o tratamento:

- os procedimentos anotados em cada ficha, inclusive as faltas às consultas de retorno;
- os responsáveis pela escovação do paciente; se a higiene dental dos pacientes era executada pelos mesmos e/ou responsáveis;
- a avaliação da higiene bucal – sob a luz do refletor, observando-se as duas arcadas dentárias e com uso da seringa tríplice.

Na avaliação clínica adotavam-se as seguintes referências:

A) Avaliação da higiene bucal:

Era avaliada a quantidade de placa sobre as faces dos dentes presentes nas arcadas, onde se considerou:

- 1) A higiene bucal era considerada *ausente* quando mediante informação do responsável, o mesmo não escovava e nem permitia que o responsável fizesse a sua higiene bucal.
- 2) A higiene bucal era *boa* quando se observava ausência de placa bacteriana visível.
- 3) A higiene era considerada *regular* quando menos da metade das unidades presentes nas arcadas apresentavam placa visível.
- 4) A higiene seria considerada *péssima* quando mais da metade dos dentes presentes na cavidade oral se apresentava com placa visível.

B) Avaliação da situação bucal

A situação bucal foi avaliada de acordo com a presença e o grau de severidade de cáries dentárias e da condição periodontal. Considerou-se:

- 1) *Boa*, quando clinicamente eram observadas até 3 cáries e havia ausência de doença periodontal e focos dentários.
- 2) *Regular*, quando clinicamente era observada a presença de mais de 3 cáries, doença periodontal e perdas dentárias.
- 3) *Péssima*, quando clinicamente havia a presença de focos dentários, doença periodontal severa e acentuada perda dentária.

As análises estatísticas foram obtidas através dos programas de computação Excel para Windows 5.0, Word para Windows 7.0 e SPSS para Windows 7.5. Utilizaram-se ainda, as técnicas de análise descritiva em tabelas e gráficos e aplicações de testes não-paramétricos de independência (Qui-quadrado).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na avaliação da relação entre a conclusão do tratamento odontológico e o controle preventivo dos 166 pacientes (Tabela I), verificou-se que 92 indivíduos concluíram o tratamento odontológico e os demais, 74 não finalizaram o

Tabela I- Relação entre ocorrência de tratamento concluído e controle preventivo.

Controle Preventivo	Tratamento Concluído					
	Sim n ^o	%	Não n ^o	%	Total n ^o	%
Sim	57	61,9	16	21,6	73	44,0
Não	35	38,1	58	78,4	93	56,0
Total	92	100,0	74	100,0	166	100,0

Fonte: IPEC,1999.

Relação entre controle preventivo e tratamento concluído ($p=0,0001$).

seu tratamento.

Dos 92 pacientes que concluíram o tratamento odontológico, 57 (61,9%) vieram fazer o controle preventivo, porém 35 (38,1%) não retornaram. Foi verificado que existe relação entre o controle preventivo e o tratamento odontológico concluído ($p=0,0001$).

Era questionado pela equipe multidisciplinar quais os fatores que contribuíam para que houvesse um número considerável de pacientes que necessitavam de atenção odontológica e no entanto, não concluíam o tratamento iniciado e/ou retornavam para o controle preventivo, se eles já saíam do consultório com todos os retornos marcados, necessários ao tratamento. Sabe-se que o atendimento odontológico dos PPNE na rede pública é prejudicado por fatores como situação sócio-econômica baixa^(2,3), necessidade de grandes deslocamentos^(2,3), dificuldades de transportes^(2,3,15) além do tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação paralelos ao tratamento odontológico⁽²⁾, juntamente com a predisposição que esses pacientes têm de adoecer, associados à falta de compreensão, interesse e/ou resistência dos pais sobre a importância da saúde bucal^(1,7,10,15,16), contribuindo para que a conclusão do tratamento odontológico seja impossibilitada e não haja o controle preventivo.

Dos 74 pacientes que não concluíram o tratamento odontológico, 16 (9,6%) fizeram o controle preventivo e 58 (78,4%) não fizeram. Podemos observar que há uma forte influência do perfil familiar ou individual dos sujeitos desta amostra, o grupo com tratamentos finalizados deu maior continuidade no programa de controle preventivo do que o grupo que não conseguiu finalizar o tratamento dentário (61,9% e 21,6%, respectivamente)

Os achados desta pesquisa são confirmados por relatos de diversos autores que embora não tenham feito tratamento estatístico em seus trabalhos, confirmam com suas avaliações que há relação entre a finalização do tratamento odontológico

e o retorno para o controle preventivo. Problemas extrínsecos como políticas governamentais⁽³⁾, planos educativos no nível das universidades^(2,10,11,15), correta atenção à saúde bucal na rede pública^(2,3), formação de equipe e serviços especializados^(1,2), recursos odontológicos⁽³⁾, falta de profissionais idôneos em quantidade suficiente para atender a demanda^(2,9), programas preventivos⁽⁷⁾, falta de diretrizes voltadas à assistência ao paciente especial⁽³⁾, dentre outros, são considerados os fatores responsáveis para que a situação bucal dos PPNE seja considerada como, praticamente ignorada.

Foram adotados os padrões de higienização bucal “boa”, “regular” e “péssima” e relacionados à pessoa responsável pela escovação do PPNE. Dos 166 pacientes, 5 pacientes não foram considerados para a análise estatística da qualidade da higiene bucal, onde a higiene foi considerada *ausente*, pois não realizavam e nem permitiam a higienização bucal por terceiros. Avaliou-se quanto a este quesito, 161 pacientes, dos quais 110 pacientes (68,3%) escovavam os seus próprios dentes e os demais, 51 pacientes (31,7%) precisavam de ajuda de um responsável para a execução deste ato (Tabela II). Existe relação entre higiene bucal e o responsável pela escovação ($p=0,0001$).

Os fatores levantados nesta pesquisa que levavam os PPNE a necessitarem de ajuda de um responsável na prática da escovação eram falta de coordenação motora, levando o paciente a total ou parcial incapacidade para o manuseio da escova dental^(6,10,11,16); falta de coordenação mandibular^(6,9,16); nível de consciência e compreensão^(4,10); hipotonia e hipertonia muscular e, posicionamento do paciente, fatores esses que os tornam dependentes ou semi-dependentes nas AVDs.

Dos 110 pacientes que escovavam os próprios dentes, 26(23,6%) apresentaram escovação avaliada como “boa”, 51(46,4%) apresentavam uma escovação considerada “regular”, 33 pacientes (30%) escovação considerada

“péssima”.

É interessante que os pacientes e seus responsáveis recebam reforço sobre técnicas de escovação^(6,9,14-17) sejam estimulados a retornarem ao consultório em períodos mais curtos para que a sua eficácia seja supervisionada pelo profissional^(11,15,16).

Dos 51 pacientes que precisavam de ajuda dos responsáveis para o execução da escovação, 8 pacientes (15,7%) apresentaram higiene bucal considerada “boa”, 12 (23,5%) considerada “regular” e 31 (60,8%) apresentaram higiene bucal “péssima”. Isto atenta para o grau de dificuldade encontrada pelos responsáveis; atribui-se à falta

de educação e treinamento para métodos de higienização bucal adaptados às possibilidades ou limitações de cada deficiência. De toda a amostra foi verificado que apenas 34 pacientes (21,1%) apresentaram higiene bucal “boa”, 63 (39,7%) higiene bucal “regular” e 64 (39,8%) “péssima”, confirmando mais uma vez a necessidade de cuidados básicos e uso de recursos alternativos para prevenção^(6,9,11,14,16) como escovas adaptadas, quantidade de creme dental, uso de abridor de boca, dieta alimentar^(6,8,10), orientação sobre posicionamento do paciente e responsável, local para a escovação, etc, constituindo a instalação e a manutenção de rigorosas medidas de higiene oral, um constante desafio para o cirurgião-dentista⁽¹⁰⁾.

Tabela II - Relação entre a situação de higiene bucal encontrada e o responsável pela escovação.

Higiene Bucal	Pacientes		Terceiros		Total	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
Boa	26	23,6	08	15,7	34	21,1
Regular	51	46,4	12	29,5	63	39,1
Péssima	33	30,0	31	60,8	64	39,8
Total	110	100,0	51	100,0	161	100,0

Fonte: IPEC, 1999.

Nota: existe relação entre a situação de higiene bucal encontrada e o responsável pela escovação.

* Dos 166 pacientes, 5 pacientes não foram considerados para a análise estatística da qualidade da higiene bucal, onde a higiene foi considerada *ausente*, pois não realizavam e nem permitiam a higienização bucal por terceiros.

Dos 161 pacientes avaliados, 58 apresentavam “Problemas ou Desvios de Inteligência”; 52 “Problemas de Motricidade”; 9 “Problemas de Audiocomunicação”; 4 “Doenças Sistêmicas”; 19 “Problemas de Conduta e Desvios Sociais” e, 19 “Problemas Associados” (Tabela III).

Em relação, aos 58 pacientes com Problemas de Inteligência, 10 (17,2%) apresentaram higiene bucal “boa”, 17 (29,3%) “regular” e 31 (53,5%) “péssima”, sendo a maior frequência de higiene bucal “péssima” entre todos os grupos estudados. Verificou-se que há relação entre a situação de higiene bucal e o tipo de comprometimento do paciente.

No grupo dos pacientes classificados como portadores de “Problemas de Inteligência” estão relacionados indivíduos com diversos graus de compreensão e portadores de alterações bucodentais tais como, macroglossia, sialorréia, hipotonia muscular, mal posicionamento da língua, entre outros que contribuem para dificultar o domínio da higiene bucal feita pelo próprio paciente ou responsáveis.

Dos 52 pacientes com “Problemas de Motricidade” 9 (17,3%) apresentavam higiene bucal “boa”, 22 (42,3%) higiene bucal “regular” e 21 (40,4%) higiene “péssima”. Neste grupo de pacientes estão aqueles que são incapazes de realizar eles próprios sua escovação devido à incoordenação motora ou por serem totalmente dependentes nas atividades da vida diária (AVDs).

O grupo com “Doenças Sistêmicas” era pequeno, com apenas 4 pacientes: 2 (50%) apresentaram higiene bucal “boa”, 1 (25%) higiene bucal “regular” e 1 (25%) “péssima”.

O grupo com “Problemas de Conduta e Desvios Sociais” teve uma maior frequência de higiene “regular” ou seja, 11 pacientes (57,89%), seguido de 6 pacientes (31,57%) com higiene “boa” e 2 pacientes (10,20%) com higiene bucal “péssima”.

No grupo de pacientes com “Problemas Associados” a higiene bucal definiu uma situação entre o “regular” e o “péssimo” no qual, 3 pacientes (15,78%) tinham uma higiene bucal “boa”, 9 (47,36%) “regular” e 7 (36,84%) “péssima”.

Tabela III – Relação entre a higiene bucal e o diagnóstico

Diagnóstico	Higiene		Bucal				Total	
	Boa n ^o	%	Regular n ^o	%	Péssima n ^o	%	n ^o	%
Inteligência	10	17,2	17	29,3	31	53,5	58	100,0
Motricidade	09	15,7	22	23,5	21	60,8	52	100,0
Audiocomunicação	04	44,5	03	33,3	02	22,2	09	100,0
Doenças Sistêmicas	02	50,0	01	25,0	01	25,0	04	100,0
Problemas de Conduta e Desvios Sociais	06	31,5	11	57,9	02	10,2	19	100,0
Problemas Associados	0	15,8	9	47,4	7	36,8	19	100,0
Total	34	-	63	-	64	-	161	-

Fonte: IPEC, 1999.

Relação entre o diagnóstico e a higiene bucal ($p=0,063$)

A situação avaliada nesta seção está de acordo com os relatos feitos por diversos autores consultados que afirmam que a higiene bucal encontrada nos PPNE se apresenta precária ou inexistente^(6,9,11,14,16).

Ao se avaliar a correlação entre a situação da higiene bucal e as condições de saúde bucal, podemos observar na Tabela IV, que dos 34 pacientes que apresentavam higiene bucal considerada “boa”, 28 (82,4%) possuíam “boa” condição

de saúde bucal, 4 (11,8%) “regular” e 2 (5,9%) apresentavam “péssima”.

Dos 63 pacientes que apresentaram higiene bucal regular, 18 (28,6%) apresentaram condição de saúde bucal “boa”, 36 (57,1%) “regular” e 9 (14,3%) “péssima”.

Dos 64 pacientes que apresentaram higiene bucal “péssima”, 9 (14,1%) apresentavam condição de saúde bucal boa, 13 (20,3%) “regular” e 42 (65,6%) “péssima”.

Tabela IV - Relação entre as condições de saúde bucal e a higiene bucal.

Situação bucal	Higiene Bucal						Total n ^o
	Boa n ^o	%	Regular n ^o	%	Péssima n ^o	%	
Boa	28	82,3	18	28,6	09	14,1	55
Regular	04	11,8	36	57,1	13	20,3	53
Péssima	02	5,9	09	14,3	42	65,6	53
Total	34	100,0	63	100,0	64	100,0	161

Fonte: IPEC.

Relação entre a condição de saúde bucal e a higiene bucal ($p=0,0005$)

Embora a higiene bucal observada nesta amostra não seja considerada ideal, verificou-se uma condição de saúde bucal aceitável. Podendo-se indicar a sialorréia, a dieta alimentar, medicamentos açucarados e anticonvulsivos, macroglossia, mal posicionamento da língua, alguns dos fatores que minimizam o efeito de uma higiene bucal eficiente.

Moraes et al.⁽¹⁷⁾ observaram indivíduos com Síndrome de Down com baixa prevalência de dentes cariados, perdidos e obturados numa amostra de escolares com a referida síndrome e que não recebiam atendimento odontológico regular, orientação da técnica de escovação, ou aplicação de fluoreto ou selantes, resultados semelhantes aos encontrados em crianças sem nenhum problema da rede pública de ensino que também não recebiam estes serviços.

Ao se avaliar os 166 pacientes em relação à correlação entre o grau de consciência e o condicionamento/adequação obtidos no levantamento (Tabela V), observou-se que 86 apresentavam consciência “comprometida” e 80, consciência considerada “normal”.

Dos 80 pacientes que apresentavam consciência “normal”, 65 (81,3%) necessitaram apenas de 1 sessão de condicionamento/adequação, 2 (2,5%) pacientes precisaram de 2 sessões, 2 (2,5%) de 3 sessões e 11 (13,7%) não foram condicionados/adequados. Este resultado está relacionado a pacientes que apresentam distúrbios de comportamento em relação ao tratamento dentário tais como birra, medo, ansiedade, fobias, etc. Este comportamento pode ter sido originado de experiências negativas ou como consequência da dificuldade de comunicação e problemas decorrentes da deficiência que os tornam tensos diante de situações estressantes.

No grupo dos 86 pacientes com consciência considerada “comprometida”, verificou-se que 46 pacientes (53,5%) necessitaram de 1 sessão, 5 pacientes (5,8%) de 2 sessões e 35 pacientes (40,7%) não foram condicionados/adequados. Pacientes com consciência comprometida, com distúrbio de comportamento, em relação ao tratamento dentário, são mais difíceis de condicionar/adequar e requerem do profissional mais dedicação para consegui-lo.

Tabela V - Relação entre o Grau de Consciência e o Condicionamento/ Adequação

Condicionamento/Adequação	Consciência				Total
	Normal n ^o	%	Comprometida n ^o	%	
Uma sessão	65	81,3	46	53,5	111
Duas sessões	02	2,5	5	5,8	7
Três sessões	02	2,5	0	0,0	2
Não	11	13,7	35	40,7	46
Total	80	100,0	86	100,0	166

Fonte: IPEC, 1999

Relação entre a consciência e o condicionamento/adequação (p=0,0005)

O sucesso do tratamento odontológico do paciente portador de necessidades especiais está relacionado a uma criteriosa anamnese; na abordagem do paciente que servirá de caminho para se formar um vínculo com ele e, no condicionamento e adequação que fará com que o profissional possa atuar na boca do paciente com o mínimo de risco durante o atendimento, permitindo que esse tratamento possa ser realizado em consultório comum sem precisar recorrer a atendimento hospitalar sob anestesia geral^(1,2,4,9).

O cirurgião-dentista treinado para atender ao PPNE necessita adaptar o consultório com equipamentos de urgência e medicamentos, ser auxiliado por duas atendentes (uma a 4 mãos e outra circulante), possuir um vasto

conhecimento de farmacologia aplicada e dos problemas sistêmicos com reflexos na cavidade oral, conseguidos por meio de literatura específica, cursos de capacitação e constante atualização.

Quanto mais comprometido o grau de consciência do paciente^(6,9), maior será a exigência para o profissional de dedicação, paciência, criatividade e capacidade de comunicação para que o tratamento possa ser bem conduzido⁽⁴⁾.

CONCLUSÕES

De acordo com os dados encontrados nesta pesquisa,

pode-se afirmar que:

1. Houve uma forte correlação entre o paciente que concluiu o tratamento odontológico e seu retorno ao controle preventivo.
2. Não houve correlação entre a situação da higiene bucal e a pessoa que realizou a escovação (paciente e/ou responsável).
3. A qualidade da higiene bucal está relacionada ao quadro clínico do paciente (diagnóstico), pois indivíduos com problemas de motricidade e inteligência apresentaram as maiores frequências de higiene bucal considerada “regular” ou “péssima” de todos os diagnósticos estudados.
4. A condição de saúde bucal dos pacientes avaliados foi considerada aceitável, embora a higiene encontrada não estivesse no padrão ideal.

REFERÊNCIAS

1. Rosa MSL, Ribeiro RA. Clínica odontológica para pacientes especiais. *Odontol Moderno* 1992;15(1):16-8.
2. Ravaglia C. El problema de la salud bucodental de los pacientes discapacitados y especiales en América Latina. *Revista Fola/Oral* 1997 Jun;(9):162-5.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/DPS. Coordenação Nacional de Saúde Bucal Integrada ao Paciente. Programa Nacional de Assistência Odontológica Especial: 1. Brasília (DF): O Ministério; 1992.
4. Duailib SE. Postura e abordagem para pacientes especiais. In: Seger L. *Psicologia e odontologia. Uma abordagem integradora*. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1992. p.195-210.
5. Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos; 1988.
6. Duailib SE, Duailib MT. Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. *Rev Paulista Odontol* 1998 Mar-Abr;20:28-33.
7. Marcicano MHG. *Prevenção bucal no paciente portador de disfunção neuromotora [tese]*. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 1994.
8. Pinto VG. *Saúde Bucal. Odontologia Social e Preventiva*. 3ª ed. São Paulo: Editora Santos; 1992. p.235-242 e p. 253-344.
9. Silveira JOL, Souza MAL. Aspectos odontológicos em pacientes excepcionais. *Atual Odontol Bras* 1986 Set-Out;3(5):73-9.
10. Lannes C, Moraes SAV. Pacientes Especiais. In: Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos; 1991. p.1061-68.
11. Costa AD. *Dessensibilização sistemática e gradual do paciente portador de necessidades especiais, para o tratamento dentário [dissertação]*. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Faculdade de Odontologia; 1995.
12. Elias C, Eias R. Atenção odontológica aos pacientes especiais. *RGO* 1995 Mar- Abr;43(2):67-70.
13. Rubira IRF. *Fibromatose Gengival por influência farmacológica ou medicamentosa (Difenil-hidantoína e Ciclosporina A.)*. *Odontol Moderno* 1988;15(9):25-32.
14. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e práticas de patologia oral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
15. Couto GBL, Garcia EB, Maranhão UF, Vasconcelos MMVB. Avaliação do perfil de pacientes infantis atendidos sob anestesia geral. *Rev ABO Nacional* 2001 Ago-Set;9(4):221-7.
16. Van Grunsven MFV, Cardoso EBT. Atendimento odontológico em crianças especiais. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1955 Set-Out;49(5):364-70.
17. Cesar FN, Martins FTA. *Conduta clínico-odontológica à pacientes paralíticos cerebrais [monografia]*. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 1997.
18. Fourniol FA. *A odontologia para excepcionais*. São Paulo: Panamédica; 1981.
19. Moraes MEL, Bastos MS, Moraes LC, Rocha JC. Prevalência de cárie pelo índice CPO-D em portadores de Síndrome de Down. *PGRO - Pós-Grad Rev Odontol* 2002 Mai-Ago;5(2):74-83.

Endereço para correspondência:

Maria da Glória Almeida Martins
Av. Rui Barbosa, 2599
Joaquim Távora. Fortaleza-Ceará
E-mail: gloriamartins@secrel.com.br